Aus der II. Gynäkologischen Klinik in München.
Vorstand: Prof. Dr. Amann.

Ueber Ovarialfibrom mit Ascites.

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
in der
gesamten Medizin
verfaßt und einer
Hohen medizinischen Fakultät
der
Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München
vorgelegt von

D. Erusalimski
aus Rußland, geb. zu Tomaschpol.

München 1913.
Druck von M. Ernst, Senefelderstr. 4.

Aus der II. Gynäkologischen Klinik in München.
Vorstand: Prof. Dr. Amann.

Ueber Ovarialfibrom mit Ascites.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfaßt und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

D. Erusalimski
aus Rußland, geb. zu Tomaschpol.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

München 1913.
Druck von M. Ernst, Senefelderstr. 4.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen
Fakultät zu München.

Referent:
Prof. Dr. Amann.

Seiner lieben Gattin
gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548309_0108

In der Literatur sind Angaben über Fälle von Fibromen des Ovariums im ganzen selten. Olshausen[1]) schätzt ihr Vorkommen auf 5%. Spencer Wells[2]) sah unter 500 Fällen von Ovarialgeschwülsten nur 2 Fibrome.

Unter 527 Fällen von Ovarialtumoren aus der Martinschen Klinik[3]) waren 10 Fibrome. Wir werden wohl nicht fehlgehen, wenn wir mit Pfannenstiel[4]) ihren Gesamtanteil an den Ovarialtumoren auf 2—3% berechnen.

Nach dem anatomischen Bau der Ovarialfibrome kann man unterscheiden Fibrome, welche aus der Corpora lutea hervorgehen, ferner solche, welche sich durch Wucherung der Albuginea bilden, und endlich solche, die durch allgemeine Hyperplasie des Ovariums entstehen.

Zuerst wurde von Rokitansky das Fibrom des corpus luteum beschrieben. Es entsteht nach Polano[5]) aus ungeborstenen Follikeln. Näher liegt allerdings die Erklärung Orths[6]), der die Ursache der Bildung des Tumors in der Wucherung der Theca erblickt. Diese

---

[1]) Deutsche Chirurgie Bd. 38. Olshausen, Die Krankheiten des Ovariums, S. 419.
[2]) Spencer Wells, Die Krankheiten des Eierstocks.
[3]) Martins Handb. d. weibl. Adnexe, S. 630.
[4]) Veits Handb. d. Gynäkologie.
[5]) Deutsche Chirurgie Bd. 38.
[6]) Speziell. patholog. Anatomie, S. 571.

Art Tumoren überschreitet in der Regel die Grösse einer Wallnuss nicht und lässt auch sonst ihre Abstammung vom Corpus luteum deutlich erkennen. Der geschwulstfreie Teil des Eierstocks trägt gewöhnlich die Zeichen einer leichten Entzündung; die Albuginea ist verdickt und sklerotisch. Die zweite, durch Wucherung der Albuginea entstehende Form („oberflächliches Fibrom") ist nach Ortmann[1]) gefässarm, besteht aus Fibrillen, zeigt eine derbe Konsistenz und knirscht beim Durchschneiden; die Oberfläche ist gelappt.

Die häufigste Art der Ovarialfibrome ist das reine diffuse Fibrom, das als allgemeine Hyperplasie des ganzen Stromas anzusprechen ist.

Die Oberfläche dieser Geschwülste ist gewöhnlich glatt oder kleinhöckerig; die Konsistenz ist meist sehr hart. Einen solchen Fall beschreibt Waldeyer[2]), bei dem es nur mit grosser Mühe gelang, einen Durchschnitt durch das Präparat zu machen. Die Gefässbildung ist bei den Ovarialfibromen sehr verschieden; im allgemeinen ist sie schwach.

In seinem histologischen Bau entspricht das Ovarialfibrom dem faserigen Bindegewebe des Körpers, zeigt jedoch in den einzelnen Fällen manche Abweichungen. So findet man hin und wieder zwischen den feinen Bündeln der Bindegewebsfasern ganze Drüsenschläuche; die Abbildung eines derartigen selbstbeobachteten, mit Drüsenanhäufungen durchsetzten und als Fibroadenoma ovarii bezeichneten Falles finden wir bei Amann[3]).

---

[1]) Ortmann über dermoid. Geschwülste.
[2]) Waldeyer, Archiv für Gynäkologie.
[3]) Amann, Lehrbuch d. gynäkolog. mikroskop. Diagnostik.

Andererseits beschreibt Waldeyer[1]) ein mit zahlreichen, blutiggefärbte Flüssigkeit enthaltenden Cysten durchsetztes Fibrom. Auch glatte Muskelfasern finden sich ab und zu, jedoch ohne dass dadurch der fibromatöse Charakter in Frage gestellt würde. Der Ansicht Spiegelbergs[2]), ein Fibrom dürfte nie glatte Muskelfasern enthalten, steht die Meinung der meisten Autoren[3]) gegenüber, die deren spärliches Vorhandensein für physiologisch erklärt. Wenn auch Waldeyer[4]) und Henle[5]) dies bestreiten, so betonen sie doch, dass den Gefässtämmen des Ovariums reichliche Muskelelemente zugehören und dass die am Lig. ovarii proprium den Arterienstämmen parallel laufenden Bündel glatter Muskelfasern als Fortsetzung der Muskelzüge jenes Bandes aufzufassen seien. Zu erwähnen ist noch, dass die epithelialen Elemente des Eierstockes fast ausnahmslos zugrunde gehen bei der Bildung von Fibromen; Follikelreste sind höchst selten.

Was im allgemeinen die äussere Form der Ovarialfibrome anbelangt, so unterscheiden sie sich als vorwiegend solide Tumoren deutlich von den cystischen (Leopold)[6]). Während die letzteren meistens eine unregelmässige, knollige oder kugelförmige Geschwulst darstellen, behalten die ersteren die normale Form des Eierstockes. Sie sind mehr oder weniger langgestreckt,

---

[1]) Waldeyer, Archiv f. Gynäkologie Bd. II, S. 441.

[2]) Monatsschrift für Geburtshilfe Bd. 28.

[3]) Virchow, Die krankh. Geschwülste Bd. I, S. 332.
Klebs, Virchows Arch. Bd. 21, S. 363.
Veits Handb.

[4]) Waldeyer, Eierstock und Ei, S. 16 ff.

[5]) Henles Handb. d. syst. Anatomie d. Menschen Bd. II, S. 480.

[6]) Leopold, Archiv f. Gynäkologie.

walzenförmig, teils plattgedrückt, teils grobhügelig; letzteres ist besonders bei den kleineren Tumoren der Fall, da sich bei zunehmender Grösse die Unebenheiten zu verlieren pflegen. Bei gleichzeitiger cystischer Entartung dagegen findet sich häufig eine knollige, unebene, von tiefen Furchen und Einbuchtungen durchzogene Form. Als Grund für dieses verschiedene Verhalten führt Leopold an, dass der Cysteninhalt an der meist dünnen Wand für seine Ausdehnung einen sehr geringen Widerstand findet und so die Möglichkeit einer nach allen Seiten gleichmässig erfolgenden Ausdehnung besteht. Die festen Bestandteile der soliden Tumoren hingegen treffen beim Wachstum, ausser am Rande, auf den gleichen Widerstand, woraus in der ersten Zeit die mehr tuberöse Form des Grundstocks, später eine glatte resultiert.

„Legen wir eine Reihe solider Tumoren," sagt Leopold, „von den kleinsten bis zum immer grösseren nebeneinander, so zeigt der blosse Formvergleich am deutlichsten, dass die allmähliche Bildung solider Tumoren jedenfalls durch das gleichmässige Wachstum des ganzen bisher normalen Eierstocks geschieht, während die Bildung der Cysten nur von einem grösseren oder kleineren Teil ausgeht."

Hervorzuheben ist ferner, dass die Ovarialfibromen auch degenerativen Prozessen unterliegen, nämlich der Verknöcherung oder der Verkalkung. Waldeyer[1]) beschrieb ein Ovarialfibrom, welches auf dem Durchschnitt ein feinmaschiges, gleichförmiges Balkenwerk aufwies. Die Netzbalken waren hellgrauweiss, der Inhalt der

[1]) Waldeyer, Archiv f. Gynäkologie.

Maschenräume war graugelbrot, namentlich im Zentrum dunkelrot gefärbt und meist durchscheinend. Am ähnlichsten war das Bild dieses Tumors der Durchschnittsfläche einer engmaschigen Knochenspongiosa oder eines osteoiden Tumors. Die mikroskopische Untersuchung ergab folgendes: Zunächst fiel auch hier die Aehnlichkeit mit einem osteoiden Tumor auf. Die weissen Netzbalken bestanden aus einem sehr dicken, meist fibrillären, hie und da aber auch homogenen Bindegewebe. In dem Maschenraum fanden sich neben feinen, äusserst zarten Bindegewebsfasern zahlreiche Spindel- und Netzzellen. Hie und da erschienen Blutkörperchen in weiten wandungslosen Räumen zwischen den Zellen gelagert, wie extravasiert. Bei der Häufigkeit und einer gewissen Regelmässigkeit dieser Bildungen konnte freilich ein Extravasat nicht in Betracht kommen. Vielmehr handelt es sich um weite lacunäre Bluträume, wie sie im Knochenmark sowohl als auch in osteoiden Tumoren vorkommen. Die dickeren mehr homogenen Balken senden nach allen Seiten in die anliegenden Maschenräume feine Fortsätze aus, welche sich allmählich in die Bindegewebsfasern zwischen den Zellen auflösen und mit den Fortsätzen der Zellen selbst in Verbindung traten. Man gewann ohne weiteres den Eindruck, dass die dichten Balken durch allmähliche Zunahme der fabrillären Interzellularsubstanz an bestimmten Orten und zwar jeweilig zwischen benachbarten Gefässen entstanden waren, wobei nach und nach die dort liegenden Zellen und Knochenkörperchen von der fibrillären bezw. homogenen Substanz der Balken umschlossen wurden. So sah man in der Tat auch innerhalb der Balken Zellen von der Grösse und Anordnung

der Knochenkörperchen, die jedoch nicht so reich verzweigt waren wie diese und eine mehr spindelförmige Gestalt hatten.

Kleinwächter[1]) sah gleichfalls ein bis auf einen wallnussgrossen Teil vollständig verknöchertes Fibrom.

Von progressiven Veränderungen sind zu erwähnen die Wucherung von Drüsenschläuchen (Adenofibrome) und endlich die sarkomatöse Degeneration (Fibrosarkom).

Besonders hervorgehoben zu werden verdient das sogenannte ödematöse Fibrom, das zu den sekundären Tumoren des Ovariums gehört, auf metastatischem Wege entsteht und bis vor kurzem als selten angesehen wurde. Erst Amann[2]) hat genauere Untersuchungen über die metastatischen Ovarialtumoren angestellt; er unterscheidet danach 3 Typen:

1. Das ödematöse Fibrom mit epithelialen Einlagerungen.
2. Das knollige markige Carcinom.
3. Das Kystom mit fibrocarcinomatösen Einlagerungen.

Makroskopisch sind die ödematösen Fibrome kaum zu unterscheiden von den reinen Fibromen; ihre Konsistenz ist bald weich, bald hart, die Oberfläche teils glatt, teils höckerig; die epithelialen Elemente treten manchmal ganz zurück. Dafür sieht man oft im Bindegewebe reichlich durchtränkte cystische Hohlräume, die beim Durchschneiden viel Flüssigkeit entleeren. Die starke Wucherung des Bindegewebes, die sich in solchen Tumoren findet, erklärt Amann als Reaktion des Ovariums auf das Eindringen der Krebszellen.

---

[1]) Kleinwächter, Archiv f. Gynäkologie Bd. IV, S. 173.

[2]) Amann, Münchn med. Wochenschr. 1905.

Im allgemeinen ist die Entstehung der Ovarialfibrome bis jetzt noch nicht hinreichend aufgeklärt. Teils wird eine vorausgegangene Entzündung, teils werden Adhäsionen als Ursache angenommen. Winckel[1]) erklärt sie so, „dass sie aus Abschnürungen des Parenchyms, die mit der Ovulation in Zusammenhang stehen, sich entwickeln können, andere können vom Follikel resp. vom Corpus luteum aus ihren Ursprung nehmen.“ Eine andere Theorie (Slawiansky)[2]) betrachtet die Hyperplasie des Stromas als den Ausgang der interstitiellen Wucherung; er macht noch besonders aufmerksam auf das gänzliche Fehlen von Follikeln in schweren Fällen, ferner auf das konstante Vorkommen von Pseudomembranen in der Peripherie.

Virchow[3]) gibt keine bestimmte Erklärung; immerhin führt er folgendes aus: „Im Eierstock gibt es ebenfalls einen Zustand, den man als cirrhöse Granulardegeneration bezeichnen kann. Es gibt eine allgemeine interstitielle Hyperplasie und es kommen Corpora fibrosa vor, indem die Wand der Grafschen Follikel sich mehr und mehr verdickt und verdichtet. Allein diese Zustände rechnet man gewöhnlich zu chronischen Cophoritis und nicht zu den Tumoren.

Was die Symptomatologie und die klinischen Erscheinungen dieser Erkrankung anbelangt, so lässt sich ein bestimmtes Prädilektionsalter nach den bisherigen Erfahrungen nicht feststellen. Nach Olshausen[4]) sollen die

---

[1]) Winckel, Lehrbuch der Frauenkrankheiten.

[2]) Slawiansky, Archiv f. Gynäkologie Bd. 4.

[3]) Virchow, Die krankh. Geschwülste.

[4]) Deutsche Chirurgie, S. 416.

Fibrome das jugendliche Alter bevorzugen; dagegen berichtet Pfannenstiel[1]) von einem doppelmannskopfgrossen Fibrom, das er einer 83jährigen Russin exstirpierte. Dem gegenüber stehen wieder Literaturangaben über Fibrome im Alter von 12 Jahren.

In ein Fünftel aller Fälle konstatierte Pfannenstiel[2]) doppelseitiges Vorkommen. Für das langsame Wachstum spricht eine von Langer[3]) angeführte Beobachtung Whitridgo Wiliasms, nach welcher ein Ovarialfibrom 37 Jahre bestand, was sich aus den äusserst geringen Beschwerden der Neubildung erklärt.

Ihre Grösse schwankt sehr. Während Potenko[4]) nur Ovarialfibrome von der Grösse eines Gänseeies kennt und die Entstehung grösserer aus dem Eierstock leugnet, wobei übrigens nur ein ganz geringer Teil zur klinischen Beobachtung käme, finden wir dagegen in der Literatur sichere Beschreibungen enorm grosser Tumoren. Fritsch[5]) erwähnt einen 10 kg schweren, Simson[6]) einen 56pfündigen, Spiegelberg einen 60pfündigen. (Allerdings bezweifelt Olshausen[7]) den rein fibromatösen Charakter der letztgenannten Geschwülste.) Ein hie und da vorkommendes Begleitsymptom sind Adhäsionen. So sah Rokitansky[8]) einen Fall, bei dem ein dickes strangähnliches Band die Flexura sigmoidea fest umgriff; ausser-

[1]) Veits Handb. f. Gynäkol., S. 318.
[2]) Veits Handb. f. Gynäkol. Bd. III.
[3]) Veits Handb. f. Gynäkol., S. 319.
[4]) Potenko in Virchows Arch. 1894.
[5]) Fritsch, Die Krankheiten der Frauen.
[6]) Deutsche Chirurgie a. a. O., S. 418.
[7]) Klob, Weibl. Sexualorgane.
[8]) Fritsch, Die Krankheiten der Frauen.

dem war die Geschwulst mit einigen anderen Darmteilen, sowie mit dem Mesenterium und Netz durch Bindegewebsstränge, besonders mit letzteren auch durch Gefässe verwachsen.

Weiterhin treten häufig (nach Lippert[1]) in 36 % aller Fälle) Stieltorsionen auf, die zu den schwersten Komplikationen und sogar zum Exitus letalis führen können. Ausführlich beschreibt Veit[2]) ihren Mechanismus: „Kleinere wie grössere Geschwülste gehen, wenn ihre Zunahme nach einer Richtung auf äussere Widerstände stösst und ebenso unter dem Einfluss von Darmbewegungen, Körpererschütterungen, plötzlichen Aenderungen der Körperstellungen, Locomotionen ein, bei welchen ihr vom Ligamentum latum gebildeter Stiel um seine Achse gedreht wird. Die Drehung kann eine halbe bleiben oder zu einer ganzen oder mehrfachen werden; sie kann weiterhin persistieren oder sich durch eine rückgängige Bewegung wieder verlieren. Je länger der Stiel, desto leichter die Drehung. Infolge der Stieldrehungen treten leicht venöse Hyperämien und necrobiotische Vorgänge an der Tumoroberfläche auf, welche unter Umständen zu partieller Peritomitis oder Blutung, Entzündung, Vereiterung, Verjauchung oder Necrose der Geschwulst selbst führen können.

Aeusserst selten ist bis jetzt die Komplikation mit Schwangerschaft konstatiert worden. Nach einer Statistik von Olshausen[3]) kamen auf 17 832 Geburten 20 Tumoren, jedenfalls auch ein Beweis für die Seltenheit der Ovarial-

[1]) Lippert, Inaug.-Diss.

[2]) Veit, Krankheiten d. weibl. Geschlechtsorgane.

[3]) Fuchs, Beiträge z. Komplikat. d. Geburt durch Ovarialtumoren.

fibrome. Kleinwächter[1]) berichtet über eine solche Komplikation als Geburtshindernis bei einer jungen Frau: die innere Untersuchung ergab etwa 4 cm oberhalb des Scheidenausganges einen unbeweglichen harten Tumor, der zunächst für eine Exostose, ausgehend von der hinteren und seitlichen Beckenwand, gehalten wurde. Bei der Unmöglichkeit, die Geburt per bias naturales zu beendigen, wurde der Kaiserschnitt vorgenommen. Der histologische Befund erwies ein Fibrom, das in einer etwa wallnussgrossen Partie vollkommen verknöchert war. Am gleichen Orte erwähnt Kleinwächter einen ähnlichen Fall, der ihm von Thielbault berichtet wurde. Hier war von Malgaigne eines Fibroms wegen der Kaiserschnitt gemacht worden. Das Fibrom war von kugelig-eiförmiger Gestalt, lag mit dem dicken Ende nach oben gedreht; der grösste Umfang betrug 33 cm. Die Geschwulst lag zwischen Vagina und Rectum, fast in der Mitte des kleinen Beckens, ohne mit dessen Wänden verwachsen zu sein; dagegen hing sie mit allen benachbarten Eingeweiden durch lockeres Bindegewebe, das ihr eine grosse Menge von Blut zuführte, zusammen. Das obere Ende des Tumors war zu einem kleinen Teile von Peritoneum überzogen. Beim Durchschneiden erwies sich der Tumor als aus hartem, unter dem Messer knirschenden Gewebe gebildet, das bei Druck nur wenig Serum austreten liess und deutlich als fibrös zu erkennen war.

Nicht nur erst bei der Geburt, sondern auch schon in der Schwangerschaft tritt das Ovarialfibrom ab und zu als Komplikation hervor. Spencer Wells erklärt diese Beschwerden in folgender Weise: „Der Druck des

[1]) Archiv f. Gynäkologie Bd. III.

schwangeren Uterus ist zwar ebenso gross oder grösser, und eine schwangere Frau hat manchmal Unannehmlichkeiten oder wahres Elend durchzumachen; der Prozess ist aber ein natürlicher, und es finden sich Kompensationen in Gestalt örtlicher Adjustierungen und moralischer Einflüsse, die dem einer Ovarialerkrankung fehlen. Anstatt durch die Hoffnung und Anwartschaft, Mutter zu werden, eine Erheiterung zu finden, muss sie die Torturen der Ungewissheit oder Verzweiflung ertragen. Ihr Blut ist verarmt und ihr Nervensystem wird durch unvollständige Ernährung erschüttert."

Schliesslich geben die Fibrome auch im Wochenbett einen günstigen Boden ab für Eiterungen und Verjauchungen (Klebs)[1]. So sah Rokitansky eine im Puerperium verstorbene Frau mit eitriger Peritonitis und Leberabszess; es fand sich bei ihr ein etwa gänseeigrosses Fibrom, welches verjaucht war, das Scheidengewölbe durchbrochen und einen bis zum Trochanter minor reichenden Abszess herbeigeführt hatte.

In symptomatischer Beziehung erwähnenswert ist das variable Verhalten der Menses. Dass bei Doppelseitigkeit des Tumors die Menstruation zessiert, ist selbstverständlich. Aber auch bei Einseitigkeit kann das gleiche eintreten. In einem Fall von Van Buren wurde das Eintreten der Menses bei einem jungen Mädchen infolge der mit der Erkrankung verbundenen körperlichen Schwächung verhindert; allerdings wäre auch die Möglichkeit nicht auszuschliessen, dass das Mädchen so zart gebaut war, „wie die, bei welchen die Menses erst sehr spät eintreten". Bei einer 33jährigen Patientin von

[1]) Klebs, Handbuch der pathol. Anatomie, S. 850.

Spengler hörten von Beginn des Tumors an (ein Jahr vor der Operation) die Menses auf. In einem weiteren Falle Spiegelbergs[1]) blieb bei im ganzen 5jähriger Krankheitsdauer die Periode in den letzten $2^1/_2$ Jahren aus. Im Gegensatz dazu steht ein Bericht Waldeyers[2]), wonach während des $1^3/_4$jährigen Bestehens des Tumors die Menstruation stets regelmässig war.

Schwierig ist die Erklärung des Ausbleibens der Menses bei einseitiger Erkrankung. Von vornherein läge bei dem engen Zusammenhange zwischen Ovulation und Menstruation der Gedanke an ein kompensatorisches Eintreten des gesunden Eierstockes für den entarteten und damit ein normales Weiterbestehen der Menstruation nahe. Doch dürfte an dieser Stelle eine weitere Erörterung dieser Frage zu weit abführen.

Eine, wenn sie vorkommt, sehr charakteristische klinische Begleiterscheinung der Ovarialfibrome ist der nach einer Statistik Lipperts[3]) in 27,74 % der Fälle beobachtete Ascites; ausser der Stieltorsion ist er die wichtigste Veranlassung für das Aufsuchen ärztlicher Hilfe. Der Ascites ist immer klar, etwas braungelblich gefärbt, und zeigt weder in chemischer noch in histologischer Hinsicht Besonderheiten. Die Erscheinungen, die er macht, sind neben allgemeinen (verfallenes Aussehen, Unbehagen etc.) solche der Raumbeengung in der Brust-, Bauch- und Beckenhöhle durch Verdrängung und Kompression der Organe (Herz- und Magenbeschwerden, Verlagerungen des Uterus, der Leber, Milz, der Därme,

[1]) Spiegelberg, a. a. O.

[2]) Waldeyer, a. a. O.

[3]) Lippert, Inaug.-Diss.

Verdrängung und Kompression der Ureteren, der Blase, des Mastdarms, der Nerven und Gefässe), auch wird Albuminurie beobachtet. Wichtig ist, dass er zu diagnostischen Irrtümern verleiten kann, wobei namentlich Lebercirrhose, chronische tuberkulöse Peritonitis, Stauungen im Pfortadergebiet und verschiedene Herzerkrankungen in Betracht kommen. Zwar kann Ascites hie und da bei jeder Art von Ovarialtumoren auftreten, wie Martin[1]) betont; jedoch lehrt die Erfahrung, dass er abgesehen von den malignen Tumoren für keine Neubildung der Ovarien so charakteristisch ist, wie für das Fibrom. Zweifellos steht er mit dieser Neubildung in direktem Zusammenhang, wenn auch die genauere Entstehungsweise noch unaufgeklärt ist. Von den erwähnenswerten Erklärungsversuchen, die im einzelnen weit auseinander gehen, sei zunächst der Olshausens[2]) angeführt, der als Ursache des Ascites eine mechanische Reizung des Peritoneums annimmt. Martin[3]) nimmt diese Theorie auf, indem er von einer peritonealen Transsudation infolge der Reizung durch den Tumor spricht. Dem gegenüber will Schauta[4]) eine Blutstauung im Ligamentum latum dafür verantwortlich machen. Dieser rein physikalischen setzt Pfannenstiel[5]) eine chemische Erklärung gegenüber, indem er an Stoffe denkt, die in dem Tumor gebildet werden und einen Reiz auf das Bauchfell ausüben. Für diese Annahme könnte sprechen, dass der Ascites nach der Punktion rasch zurückzukehren pflegt, während er

[1]) Martin, Handb. d. Krankh. d. weibl. Adnexe Bd. II, S. 140.
[2]) Deutsche Chirurgie S. 418.
[3]) Martin, Handb. d. Krankh. d. weibl. Adnexe Bd. II, S. 706.
[4]) Schauta, Lehrb. d. gesamt. Gynäkol., S. 394.
[5]) ?

nach der Exstirpation der Geschwulst sofort verschwindet und nicht mehr recidiviert. Krämer[1]) stützt diese Erklärung durch die Feststellung, dass die mit Ascites einhergehenden Fibrome an ihrer Oberfläche Zeichen einer chemischen Peritonitis (Fibrinbeläge, Netz- und Darmadhäsionen) aufweisen. Auch Gräfe[2]), der die Beobachtung eines mit Ascites verbundenen Ovarialfibroms bei einer 72jährigen Frau ermittelt, schliesst sich dieser Auffassung an.

Fassen wir die diagnostischen Merkmale der Ovarialfibrome speziell ins Auge, so dürfte nach Olshausen[3]) wohl meist der ovarielle Ursprung der Geschwulst festzustellen sein, während über den histologischen Charakter erst nach der Exstirpation Gewissheit zu erlangen ist. Olshausen betont besonders die unter Umständen schwierige Diagnose auf „solide Ovarialgeschwulst", da Verwechslungen mit einem gestielten Uterusmyom leicht möglich sind. „Ist die Diagnose auf solidem Ovarialtumor infolge günstiger Bauchdecken gesichert, wo wird man bei gutem Allgemeinzustand, bei Einseitigkeit und geringer Grösse der Geschwulst, Abwesenheit von Ascites und besonders bei nachweisbarer schaliger Verkalkung der Geschwulst am ehesten ein Fibrom vermuten können, während die gegenteiligen Umstände ein Sarkom wahrscheinlich machen." Für die Diagnose ergeben sich aus allem folgende Anhaltspunkte: Handelt es sich um einen soliden, sehr derben, rundlichen oder walzenförmigen Tumor in der Bauchhöhle, der mit dem normal grossen, normal kon-

[1]) Krämer, Veits Handb. d. Gynäkol. Bd. III., S. 319.

[2]) Gräfe, Zentralbl. f. Gynäkol. 1895, S. 18.

[3]) Olshausen, Deutsche Chirurgie.

sistenten und gestalteten Uterus durch einen Stiel in Verbindung steht und frei beweglich ist, ist es unmöglich, die Adnexe der betreffenden Seite anzutasten, ist Ascites vorhanden, fehlen anhaltende Blutungen, ist die Geschwulst langsam gewachsen oder sind die Beschwerden gering, so spricht dies alles für das Vorhandensein eines Ovarialfibroms.

Wenden wir uns nun zur Therapie, so können wir uns kurz fassen, dass bei Stellung der Diagnose einer Eierstockgeschwulst gleich bedeutend ist mit der — übrigens jetzt wohl auch von allen Autoren anerkannten — absoluten Indikation zur Operation.

Die Richtigkeit dieser Indikationsstellung möge ein auch in anderer Beziehung interessanter, in letzter Zeit in der kgl. II. Gynäkologischen Klinik zu München (Prof. Dr. Amann) zur Operation gelangter Fall von Ovarialfibrom mit Ascites demonstrieren. Die betreffende Krankengeschichte lautet:

Frau B. M., aufgenommen in die Klinik am 19. I. 1910. Patientin stammt aus gesunder Familie (kein Lungenleiden). Die Eltern sind gestorben, zwei Brüder leben noch und sind gesund. Patientin hat keine Kinder; im Jahre 1880 ein Abort (dritter Monat). Schwerere Krankheiten hat sie nicht durchgemacht. Die Menstruation begann mit 15 Jahren, erfolgte alle vier Wochen ohne besondere Schmerzen, dauerte vier Tage und war ziemlich stark. Die letzte Periode war im Jahre 1890. Die jetzigen Klagen der Patientin beziehen sich auf starke Atemnot infolge eines in letzter Zeit immer stärker gewordenen, aufgetriebenen Leibes, dessentwegen sie nach ihrer Angabe nicht weniger

als 30mal punktiert wurde. Patientin ist seit $1^1/_2$ Jahren bettlägerig. Stuhlgang ist in Ordnung. Patientin will in letzter Zeit abgemagert sein. Vom Arzte wurde als zufälliger Befund ein Tumor festgestellt und die Laparotomie wurde mehrfach als aussichtslos abgelehnt.

Status präsens: Kachektisches Aussehen, schwerer Allgemeinzustand, Lider ödematös. Herzaktion frequent. Hochgradiges Oedem beider Unterextremitäten. Im Urin war Albumen. Nervenstatus o. B. Thorax fassförmig, Lungenschall tympanitisch, Colostrum schwach. Leib stark aufgetrieben, ziemlich starker Ascites. Vulva klaffend, Damm intakt. Vagina für zwei Finger durchgängig. Portio in der Mitte der Vagina, in der Interspinallinie, Richtung nach unten, virginell; Vaginalgewölbe von knolligen Tumoren ausgefüllt, weshalb sich der Uterus nicht abtasten lässt. Ein vom Bauch aus palpabler, bis zum Nabel reichender, hart sich anfühlender, ziemlich gut beweglicher Tumor von Doppelfaustgrösse lässt mit der Portio eine gewisse Beziehung erkennen. Andnexe beiderseits nicht abtastbar. Parametrien frei. Auf Grund der inneren und äusseren Untersuchung lautete die Diagnose auf malignen Tumor. Die Operation wurde am 22. I. 1910 ausgeführt. (Prof. Amann.)

Gemischte Narkose, Dauer derselben von 12.05 bis 12.45 Uhr. Dauer der Operation von 12.30 bis 12.45 Uhr.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle durch einen interumbilikalen Längsschnitt wird der Tumor als Fibrom des linken Ovariums erkannt und exstirpiert. Metastasen im Parametrium sind nirgends zu finden. Der Magen ist

frei. Es findet sich reichlicher klarer Ascites. Der Tumor selbst ist kindskopfgross, frei beweglich und hat eine unregelmässige, knollige Form. Schon nach seiner ganzen makroskopischen Beschaffenheit ist er als typisches Fibrom anzusehen. Seine Länge beträgt 18 cm, die Breite 15 cm und die Dicke 10 cm. Die Oberfläche ist glatt, auf ihr verlaufen spärliche Gefässe. Adhäsionen mit Bauch- oder Beckenorganen sind nicht vorhanden. Die Konsistenz des Tumors ist eine derbe, feste. Der Durchschnitt ist mit Bindegewebssträngen ganz durchsetzt und sieht sehnig, weissgelb glänzend aus. Cysten oder grössere Lymphräume sind nicht bemerkbar.

Weiterer Heilungsverlauf:

22. I. Temp. 37,4, Patientin hat zuweilen Husten. Oedeme an den Beinen wenig zurückgegangen.

25. I. Entfernung der Hautklammern, Operationswunde restlos geheilt. Oedeme an den Lidern geringer, an den Beinen wenig verändert. Puls etwas klein und unregelmässig. Pat. hat Atembeschwerden und Husten. Bekommt Infus. Digital.

30. I. Oedeme gehen zurück, es besteht leichte Bronchitis. Pat. klagt über Atembeschwerden. Leib weich.

2. II. Atembeschwerden und Husten geringer.

Entlassungsbefund:

Pat. wurde am 10. II. entlassen, subjektives Wohlbefinden, Heilung der durch Operation entstandenen Wunde gut. Ascites und Oedeme völlig geschwunden.

Patientin stellt sich nach 8 Wochen blühend aussehend, beschwerdefrei wieder vor.

Die Eigenart dieses Falles nötigt noch zu einigen epikriptischen Bemerkungen: Der Untersuchungsbefund, besonders der Ascites legte die Annahme eines malignen Tumors nahe. Danach kam zunächst in Betracht ein Sarkom oder Carcinom des Ovariums (über die ovariale Natur der Geschwulst war wohl ein Zweifel nicht möglich). Trotz des schweren Allgemeinzustandes, der bestehenden Oedeme des hochgradigen Ascites, entschloss man sich bei der bekannten Möglichkeit „einer relativen Malignität" des Tumors zur Probelaparotomie. Es zeigt der Fall, dass man auch bei schwerem Allgemeinzustand bei malign erscheinenden Ovarialtumoren mit Ascites nie die Operation ablehnen soll, da nur die Probelaparotomie die Natur und Prognose des Tumors sicher feststellen lässt.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Amann, für die liebenswürdige Ueberlassung des Themas, sowie Herrn Oberarzt Dr. Albrecht für die freundliche Unterstützung bei dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur-Verzeichnis.

Amann, Lehrbuch der gynäkolog. mikroskop. Diagnostik.

Amann, Münch. med. Wochenschrift 1905.

Graefe, Zentralblatt f. Gynäkol. 1895.

Fritsch, Die Krankheit der Frauen.

Henle, Handb. der systematischen Anatomie des Menschen Bd. II.

Kleinwächter, Archiv f. Gynäkol. Bd. IV.

Klebs, Handbuch der pathologischen Anatomie.

Klebs, Virchows Archiv Bd. XXI.

Klob, Weibl. Sexualorgane.

Leopold, Archiv f. Gynäkol.

Martin, Handbuch der Krankheiten der weibl. Adnexe Bd. 11.

Olshausen, Die Krankh. d. Ovarien. Deutsche Chirurgie Bd. 58.

Ort, Spezielle pathologische Anatomie.

Ortmann, Ueber dermoid. Geschwülste.

Potenko, Virchow Arch. 1894.

Schauta, Lehrbuch der gesamten Gynäkol.

Slavinsky, Archiv f. Gynäkol. Bd. IV.

Spencer Wells, Die Krankheiten des Eierstocks.

Spiegelberg, Monatsschrift f. Geburtshilfe Bd. 37.

Veit, Handb. der Gynäkol. Bd. III.

Veit, Krankheit der weibl. Geschlechtsorgane.

Virchow, Die krankh. Geschwülste.

Waldeyer, Eierstock und Ei, Archiv f. Gynäkol. Bd. II.

v. Winckel, Lehrbuch der Frauenkrankheiten.

Lebenslauf.

Ich, Duvid Erusalimski, Sohn eines Grosskaufmanns, geboren in Tomaschpol den 30. Mai 1881, absolvierte das humanistische Gymnasium zu Odessa im Jahre 1908. Im Herbst desselben Jahres wandte ich mich nach München, wo ich an der Medizinischen Fakultät 10 Semester studiert habe.